·论著·

医社协同与社区智慧健康小屋：分级诊疗路径再建构

吴玉霞[1]，马洪波[2]，米红[2*]

1.315211 浙江省宁波市，宁波工程学院人文与艺术学院 宁波工程学院"一老一小"发展研究院
2.315200 浙江省宁波市，宁波市之江社会工作服务评估与研究中心 宁波工程学院"一老一小"发展研究院
*通信作者：米红，教授/博士生导师；E-mail：spsswork@163.com

【摘要】 **背景** 分级诊疗自实施以来进展缓慢，其中对多元主体和利益相关者分析的全面性不足是重要原因之一。**目的** 通过分析分级诊疗中多元主体的利益关系，探讨能结合自上而下和自下而上双重路径的机制创新方案，通过政策创新和路径创新，助力多元主体协同治理，优化分级分流的就医秩序。**方法** 于2022-10-10——2023-03-20选取2个国内先进城市的先进城区（X市S区和N市H区）为典型调研区，通过滚雪球抽样和目的抽样法，选取典型调研区内36位不同利益相关者（涉及市级卫生行政部门、三级医院管理者、三级医院专科医生、社区卫生服务中心管理者、全科医生、健康社工师、患者等七类主体）为研究对象开展深度访谈，运用利益相关者的理论分析方法，分析七大主体之间的利益纠葛和掣肘，及其对分级诊疗就医秩序健康发展的制约，以探索分级诊疗的机制困境；并对X市S区和N市H区实施健康社工和社区智慧健康小屋试点地区和非试点地区的典型利益相关者的访谈记录进行文本分析，以对比实施前后的效果。**结果** 深度访谈结果显示，"利益相关程度、实施意愿程度、受实施影响程度和对实施影响力"四大维度是影响七类主体实施分级诊疗的主要方面，七大主体有各自利益立场，对分级诊疗起到不同程度的助力和阻力作用，多元主体之间难以形成协同机制是问题的关键。试点地区通过推行社区智慧健康小屋、健康社会工作及其形成的医社协同新机制，有助于增强七大主体的利益相关性，实现更好的分级诊疗秩序。**结论** 社区智慧健康小屋是医社协同新机制的物化空间，健康社工师是新机制的链接点和赋能者。借助于社区智慧健康小屋的新载体和健康社工师的新力量，建构以健康社会工作为中心的医社协同新路径，能实现就医入口的基层前置，对形成分级诊疗的就医秩序起到"增能导流"的作用。

【关键词】 健康治理；分级诊疗；医社协同；社区智慧健康小屋；健康社会工作
【中图分类号】 R-05 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0404

Medical and Social Cooperation and Community Smart Health Huts：Reconstruction of Hierarchical Diagnosis and Treatment Path

WU Yuxia[1]，*MA Hongbo*[2]，*MI Hong*[2*]
1.College of Humanities and Arts，Institute for Elder and Children，Ningbo University of Technology，Ningbo 315211，China
2.Ningbo Zhijiang Social Work Service Evaluation and Research Center，Institute for Elder and Children，Ningbo University of Technology，Ningbo 315200，China
**Corresponding author：MI Hong，Professor/Doctoral supervisor；E-mail：spsswork@163.com*

【Abstract】 **Background** One of the important reasons for the slow progress of hierarchical diagnosis and treatment since its implementation is the lack of comprehensiveness in the analysis of multiple subjects and stakeholders. **Objective** To explore mechanism innovation solutions that combine both top-down and bottom-up paths by analyzing the interest relationships among diverse stakeholders in the hierarchical medical diagnosis and treatment system, and facilitate collaborative governance among diverse stakeholders through policy innovation and path innovation, to optimize the order of hierarchical patient flow.

基金项目：国家社科基金重大项目课题（21ZDA101）
引用本文：吴玉霞，马洪波，米红. 医社协同与社区智慧健康小屋：分级诊疗路径再建构［J］. 中国全科医学，2023.［Epub ahead of print］. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0404.［www.chinagp.net］
WU Y X，MA H B，MI H. Medical and social cooperation and community smart health huts：reconstruction of hierarchical diagnosis and treatment path［J］. Chinese General Practice，2023.［Epub ahead of print］.

Methods From October 10，2022，to March 20，2023，two advanced urban districts in China（S district in X city and H district in N city）were selected as typical research areas. A total of 36 different stakeholders（involving municipal health administrative departments，tertiary hospital administrators，tertiary hospital specialists，community health service center administrators，general practitioners，health social workers，and patients）were selected as the study subjects for the in-depth interviews through snowball and purposive sampling methods. The stakeholder theory analysis method was employed to analyze the interests and constraints among the seven major stakeholder groups and their constraints on the healthy development of the order of hierarchical medical diagnosis and treatment, and explore the dilemma of the mechanism of hierarchical diagnosis and treatment. Furthermore，textual analysis of interview records of typical stakeholders in the pilot and non-pilot areas of the implementation of health social workers and community smart health huts in S district in X city and H district in N city was conducted to compare the effects before and after the implementation. **Results** The results of the in-depth interviews showed that four main dimensions，including the degree of interest，willingness to implement，the extent of impact by implementation，and the influence on implementation，are the major factors affecting the implementation of hierarchical medical diagnosis and treatment by the seven major stakeholder groups. These seven stakeholder groups hold varying interest positions and play different roles in facilitating or obstructing the implementation of the hierarchical medical diagnosis and treatment. The difficulty of forming a collaborative mechanism among diverse stakeholders is the key to the problem. In pilot areas，through the implementation of the community smart health huts and health social workers，and the resulting medical-social collaboration，the relevance of the seven major stakeholder groups can be enhanced and the hierarchical medical diagnosis and treatment order can be improved. **Conclusion** The community smart health huts serve as a physical space for the new medical-social collaboration mechanism，while health social workers act as the connectors and enablers of this new mechanism. With the help of the new carrier of community smart health huts and the new power of health social workers, the construction of a new path of medical-social collaboration centered on health social work can realize the front entrance of medical treatment and play the role of"energy enhancer"to form the order of hierarchical medical diagnosis and treatment.

【Key words】 Health governance；Hierarchical diagnosis；Medical and social cooperation；Community smart health huts；Health social work

党的二十大报告指出，推进健康中国建设，要把保障人民健康放在优先发展的战略位置。随着中央社会工作部的成立，社会工作被赋予了社会治理的职责。贯彻到健康工作领域，要推动“健康管理”向“健康治理”方向迭代。作为医疗体制改革的重要抓手，自从 2015 年 1 月我国实施分级诊疗制度以来，各地因地制宜地进行探索，在一定程度上优化了医疗卫生资源配置[1]，但也存在着显而易见的问题和短板：居民对“基层首诊”依从性不高；“双向转诊”机制不完善，患者“上得去下不来”；“急慢分治”不到位，“急者进不来，慢者转不走”；“上下联动”管理体制不顺等[2]。

综合文献回顾发现，已有研究从患者健康需求或多学科融合视角对分级诊疗进行的学术探索比较少，基于患者、实践参与者视角的分级诊疗话语体系探讨也是浅尝辄止，针对慢性病的分级诊疗研究仍处于初级阶段[3]。分级诊疗存在的问题及成因可以从宏观和微观两个方面来进行分析。在微观层面，患者对基层医疗不信任，对基层首诊的依从度不高。在宏观层面，由于公立医疗机构按照行政等级配置资源，同时医疗服务实施市场化导向，80% 以上的优质医疗资源集中在大城市三级医院，三级医院与基层医院争夺病源，形成了三级医院对医学人才和患者的双重“虹吸效应”，进一步削弱了基层医疗机构能力，加剧了分级诊疗的失序[4]。

分级诊疗的理想状态的呈现，关键在多元主体之间是否有合理的利益分配机制和激励机制[5]。而已有文献大多是以自上而下的角度，进行医疗管理的分析。以自下而上的视角进行健康治理分析的研究较少，缺乏来自患者和基层实践参与者的视角[6]，尤其是对多元主体和利益相关者分析的全面性存在不足[7]。近年来，社区智慧健康小屋作为一个新的载体获得蓬勃发展，居民在社区就能享受便捷的智慧医疗服务。本文试图从利益相关者理论视角出发，尝试通过多元利益主体的机制创新和社区智慧健康小屋的载体创新，构建以健康社会工作为链接中心的分级诊疗新路径。

1 对象与方法

1.1 研究对象

本研究以国内分级诊疗秩序较好的先进城市中的先进城区为典型调研区。本次实地调查抽取的调研区为 X 市和 N 市，两市均为国家首批公立医院改革试点城市和基本公共卫生服务先进城市，其通过实施分级诊疗改革，引导优质医疗资源向基层下沉，成效显著。于 2022-10-10——2023-03-20 通过咨询和走访 X 市和 N

市的卫生行政部门，最终确定X市S区和N市H区为本研究的典型调研区，调研区内均有成熟的三级医院和多家社区卫生服务中心，社区居民的医疗服务需求多元复杂，这2个区的部分街道开展了健康社工和社区智慧健康小屋的试点工作，产生了积极效果，能进行试点和非试点的分析对比。通过滚雪球抽样和目的抽样法，选取了典型调研区的36位不同利益相关者作为访谈对象，涉及市级卫生行政部门、三级医院管理者、三级医院专科医生、社区卫生服务中心管理者、全科医生、健康社工师、患者等七类主体，以探索分级诊疗的机制困境。

1.2 资料收集

对七类主体的访谈主题各有侧重，主要探究以下两大方面的问题：（1）对于分级诊疗，七类利益主体各自的利益立场如何、实施意愿如何、受影响程度如何、对政策的影响力如何。（2）多元主体之间的分工协同机制如何设计，分别受到哪些制度规范约束和激励机制的影响。项目组分别对36位访谈者进行了25~40 min的深度访谈，经受访者同意后进行全程录音，并将录音整理为文本档案，对受访者和文本档案进行编码。记录受访者的态度、语气，全程保持客观立场，不对受访者的态度和立场进行引导。并对X市S区和N市H区实施健康社工和社区智慧健康小屋试点地区和非试点地区的典型利益相关者的访谈记录进行文本分析，以对比实施前后的效果。

2 研究结果

2.1 受访者基本情况

通过文献分析和预调研，发现分级诊疗改革涉及七大类利益主体，访谈对象如表1所示（为保护隐私，受访者以字母代码表示）。其中，对于C~G类利益相关者，在两个调研区的试点地区和非试点地区均设置等额样本。

表1 被访者基本信息
Table 1 Basic information of the interviewees

分类	利益主体类型	职业/岗位	数量（名）	抽样情况	每位访谈时长
A	卫生行政部门	市卫健委医政处	2	两个调研区各1名	40 min
B	三级医院管理人员	市级三甲医院医政科	2	两个调研区各1名	25 min
C	三级医院专科医生	市级三甲医院专科医师	4	两个调研区各2名	30 min
D	基层医疗机构管理人员	社区卫生服务中心主任	4	两个调研区各2名	55 min
E	基层医疗机构医务人员	社区卫生服务中心全科医生	8	两个调研区各4名	30 min
F	健康社会工作者	健康管理师	8	两个调研区各4名	50 min
G	患者	社区居民	8	两个调研区各4名	30 min

2.2 分级诊疗中的多元利益主体分析

从利益相关者理论的视角来看，七大主体有各自利益立场，对分级诊疗起到不同程度的助力和阻力作用[8]。通过访谈的文本分析，发现“利益相关程度、实施意愿程度、受实施影响程度和对实施影响力”四大维度是影响七类主体实施分级诊疗的主要方面。“利益相关程度”是指实施分级诊疗对该利益主体的实际影响；“实施意愿程度”是指利益主体对实施分级诊疗的主观意愿强弱；“受实施影响程度”是指分级诊疗实施后利益主体受到影响的程度；“对实施的影响力”是指利益主体对分级诊疗能够发挥影响的力度。

卫生行政部门、基层医疗卫生机构管理和医务人员最希望实现分级诊疗，是最积极的推动者。但基层医疗机构对政策的影响力非常有限，很难发挥较大作用。卫生行政部门虽有政策意愿，但缺乏其他主体配合，导致政策效果不佳。三级医院的管理者和医务人员，推动分级诊疗的意愿较低，有可能成为政策推行的主要阻碍因素。患者是分级诊疗的终极受益者，但对实施影响力最弱。分级诊疗七大利益相关者四大维度分析结果见表2。

表2 分级诊疗七大利益相关者四大维度分析表
Table 2 Analysis of four dimensions of seven major stakeholders of hierarchical diagnosis and treatment

利益主体	角色定位	利益相关程度	实施意愿程度	受实施影响程度	对实施的影响力
卫生行政部门	政策制定者、运行者和监督者	强	强	弱	强
三级医院管理人员	专科医生的管理者	中	弱	强	中
三级医院专科医生	疑难病症的治疗者	强	弱	中	弱
基层医疗机构管理人员	基层服务的管理者	强	强	强	中
基层全科医生	常见病、慢性病的治疗者	强	强	强	弱
健康社会工作者	健康管理者、社区资源整合者	中	强	强	弱
患者	服务需求方	强	中	强	弱

2.3 分级诊疗新场域、新力量和新机制的探索

2.3.1 分级诊疗亟需机制创新：新机制的突破口，是提高优质医疗服务的可及性，增加患者对基层医院的信任度，减少患者选择医疗机构的时间成本[9]。但是在就医选择方面，患者首选三级医院就医的现象依然普遍，试点地区的患者代表G4：“先上社区医院看病当然方便啦，但那儿好医生少，怕担心耽误病情嘛就直接去大医院了。如果在社区医院能看上好医生谁会愿意去大医院挤呀。”在双向转诊方面，向下转诊仍然困难重重，

基层医疗机构的医务人员 E1 说："目前分级诊疗我们往上转就很顺畅，但是从上往下转就很少，大医院还是有抢病号倾向。其实疾病后期控制得比较好了，回到社区康复应该是更好的选择，但现在患者的观念还没转过来。"在利益博弈方面，三级医院和基层医院之间仍然存在利益冲突，卫生健康部门 A1 表示："之前大医院和基层医院是争夺病人的零和博弈，导致分级诊疗难以实现，亟需通过机制创新实现正和博弈，就像'打桥牌'，让大家成为利益共同体，实现优势互补，合作共赢。"

2.3.2 社区智慧健康小屋：在 X 市 S 区和 N 市 H 区的试点地区，在基层医疗卫生体系中出现了社区智慧健康小屋和健康社工师。试点地区建设了标准化的社区智慧健康小屋，利用数字媒体和互联网技术，开通"24 小时社区远程视频导医"体系，向社区居民提供手机端"24 小时响应""一键呼叫"专业导医服务。社区智慧健康小屋借助智慧医疗技术，进行远程联合门诊、多学科联合会诊、远程移动会诊、双向转诊等操作，为居民在社区首诊提供专业、规范、可行的措施。

在谈到社区智慧健康小屋的作用时，患者 G5 说："社区智慧健康小屋非常受居民的欢迎，在这里能进行健康检测，也能通过智慧医疗接触到好医生，既温馨又便利"。社区卫生服务中心主任 D2 也对社区智慧健康小屋给予充分的肯定，认为"这是非常好的平台和窗口，使居民能接触到各类优质的医疗资源"。健康社工 F1 深有感触地说："有了社区智慧健康小屋，我们健康社工就有了深入社区的前沿阵地，小屋建在社区，可以让我们更加容易贴近居民，成为真正意义上的健康社工"。卫生行政部门受访者 A2 介绍说："社区智慧健康小屋既是一个物理空间，又是一个协调各大利益主体的平台，它对分级诊疗路径再建构发挥了很好的促进效应，随着越来越多的智能医疗技术的加持，后续必将发挥越来越大作用。"

2.3.3 健康社工师：多元复杂的基层医疗需求需要多种不同的人力资源配备。在人力资源配备方面，基层医疗机构管理人员 D1："社区卫生服务中心全科医生的任务重且分身乏术，人力储备不足，难以深入居民小区。因此，要引导患者到基层首诊，必须借助新的人力资源。"在访谈中，被访者谈到了健康社工师对分级诊疗的促进作用，X 市卫健委医政处 A2："在 X 市健康社工师是以健康管理师的身份出现，通过与专科医师、全科医师合作组成一个工作团队，共同推动分级诊疗的深入发展，称为'三师共管'，工作成效得到社会广泛的肯定，还上了中央电视台元旦迎新晚会节目。"N 市 H 区社区卫生服务中心全科医生 E3 表示："基层的家庭医生签约了大量的居民，但限于人手不足服务难免捉襟见肘，健康社工师与我们联手形成'医务社工＋家庭医生'的服务模式，有力地增强了基层的服务力量，确实是一个值得探索的发展路径。"

通过试点地区和非试点地区的访谈分析，发现健康社工师可以扮演重要角色[10]：（1）服务协同者：担任医师助手和服务管家，从个人、家庭和社会等不同层面协助病患解决因疾病所引起的各项社会心理问题，提高专科医生和全科医生的工作效率。（2）资源链接者：充分发挥熟悉社区、了解政策的优势，为患者提供社会资源链接（含慈善资源）。（3）健康宣教者：增加居民健康素养，加强对分级诊疗不同机构功能作用的认知，引导患者到基层首诊。

2.4 新机制中七大主体的利益相关者分析

通过对比新机制试点地区和非试点地区，从利益相关者视角来分析，发现相关程度都有所提升。见表 3 所示。（1）对于卫生行政部门而言，能有效实现分级诊疗就医秩序，提高医疗服务的效率。（2）对于三级医院管理者而言，能缓解三级医院的拥挤状态，降低了管理难度。（3）对于三级医院的专科医生而言，随着常见病、慢性病的轻症患者分流至社区卫生服务中心，三级专科医师接触到疑难杂症病例的概率增加，疑难病病例样本量增加，提高了医疗效率，能间接提高医术水平和提升收入。（4）对于基层医疗机构管理者而言，能改变基层医疗机构"门可罗雀"的现状，提高职业成就感。（5）对于社区的全科医生而言，能有效增强治疗常见病和慢性病的能力，显著提升收入水平。（6）对于健康社工师来说，在专业上能得到专科医师和全科医师更多指导和培训，有利于提升业务能力。（7）对于患者而言，能获得更加精准可及的医疗服务，最终成为分级诊疗最主要的获益者。

表 3 七大主体利益相关四大维度的变化分析

Table 3 Analysis of changes in the four dimensions of seven major stakeholder groups

利益主体	角色定位	利益相关程度	实施意愿程度	受实施影响程度	对实施的影响力
卫生行政部门	政策制定者、运行者和监督者	强＋	强＋＋	弱＋	强＋
三级医院管理人员	专科医生的管理者	中	弱＋	强＋	中
三级医院专科医生	疑难病症的治疗者	强＋	弱＋	中＋	弱＋
基层医疗机构管理人员	基层服务的管理者	强＋＋	强＋＋＋	强＋	中＋
基层全科医生	常见病、慢性病的治疗者	强＋＋	强＋＋＋	强＋＋＋	弱＋＋
健康社会	健康管理者、社区资源整合者	中＋＋＋	强＋＋	强＋＋	弱＋＋＋
患者	服务需求方	强＋＋	中＋＋	强＋	弱＋＋

注：＋号表示实施新机制后的相关强度增加。

3 讨论

从上文分析可见，利益相关者之间形成利益共同体是实现分级诊疗的关键。实现利益共同体的重要途径是创新多元主体协同治理的供给机制[11]。多年以来，我国三级医院与基层医院之间的行政分级，恶化了分级诊疗秩序，即使有医联体和医共体式的行政捆绑，仍然没有形成理想的分流秩序[12]。医联体和医共体仍然是自上而下的行政管理理念的制度设计，牵头医院在利益博弈中居于绝对主导地位，既缺乏向下转诊的利益驱动，也缺乏帮扶基层医疗机构的内生动力[4]。分析其原因，依然是因为不同博弈主体之间难以形成利益共同体，还需要进一步引入新的机制设计，形成正反馈回路，来促进基层首诊和上下转诊[13]。其中，最关键的因素是，基层首诊受到患者分级诊疗意愿的影响，现有机制设计缺乏需求前端的“分流机制”，也就是缺乏自下而上的基层首诊引流机制。

3.1 智慧健康小屋：分级诊疗的基层引流器

国内研究对社区智慧健康小屋在慢病防治和慢病管理的积极作用给予了充分肯定[14-15]。除了慢病防治，社区智慧健康小屋对于分级诊疗还有更加重要的积极作用。从本文抽取的 2 个调研区的试点实践发展来看，社区智慧健康小屋提供了一种健康治理的基层新载体和就医入口的前置机制，是导引“病源流”前哨阵地，能有效增强健康服务的可及性，并为形成“自下而上”的协同治理提供了可能。通过健康社工的引导，患者在社区智慧健康小屋借助智慧医疗终端，就开始进入分级诊疗的路径。对于疑难病和重症患者，社区智慧健康小屋“首诊”之后，利用医联体的“绿色通道”，协助患者前往三级医院就医，精准匹配专家并预约挂号，协助形成就医方案[16]，在这样的机制下，社区智慧健康小屋就成为了分级诊疗的前端“引流器”。在社区前端对病源进行分流之后，有助于提高三级医院效率，缩短排队时间，降低就医成本。遇到无人陪诊的高龄老人和低保残疾居民，依托社区还能组织志愿者开展公益陪诊服务。

3.2 医社协同：七大利益主体的协同治理

从已有研究来看，基于分级诊疗的多层次性和健康服务的多样性，协同供给要同时实现多层主体纵向上下互动、多元主体横向跨界协作、多种治理机制相互嵌入三个方面。这种嵌入性，不仅有行政机制和市场机制，还应纳入社会行动者发起的社群机制，是行政机制、市场机制和社会机制的相互嵌入[11]。尤其在基层服务中，以健康社工师为人力支撑和功能节点的社会机制显得尤为重要。

从实地调查中发现，社区智慧健康小屋离不开卫生行政部门、三级医院管理者、专科医生、社区卫生服务中心管理者、全科医生、健康社工师和患者七大利益主体协同。与之前自上而下的行政机制不同，“医社协同”是自下而上的机制设计，除了纵向协同机制，还包括横向跨界的协同机制，如图 1 所示。

具体而言，在卫生行政部门的推动监督下，医院管理人员统筹规划，基层的全科医师负责常见病和多发病的社区日常门诊服务，三级医院的专科医师主管重症患者和疑难疾病的会诊，健康社工师则依托社区智慧健康小屋提供了社会支持系统，为社区居民提供健康宣教，是多元主体的横向跨界和跨部门协作的关键节点。专科医师与全科医师之间形成专业合作，社区全科医师与健康社工师之间形成团队协同，医院专科医师与健康社工师之间形成专业支持，共同联手为基层健康治理提供了更为有效的保障。患者主动参与，成为分级诊疗的积极实践者。社区智慧健康小屋与医社协同机制的完美结合，最终实现基层首诊、分级治疗、上下联动、急慢分治的分级诊疗目标。

4 建议

4.1 政策创新

结合 2 个调研区的试点经验，要实现七大主体协同治理的新机制，必须多管齐下，通过政策创新来保障运行。首先，为了激励三级医院专科医生到社区坐诊，卫生行政部门应设置对三级医院的行政考核机制，加强对三级医院管理人员的行政约束，通过行政压力驱动专科医生下基层。其次，设置专科医生到社区门诊服务的专项补贴，保障医生下基层后收入不减少。第三，激励基

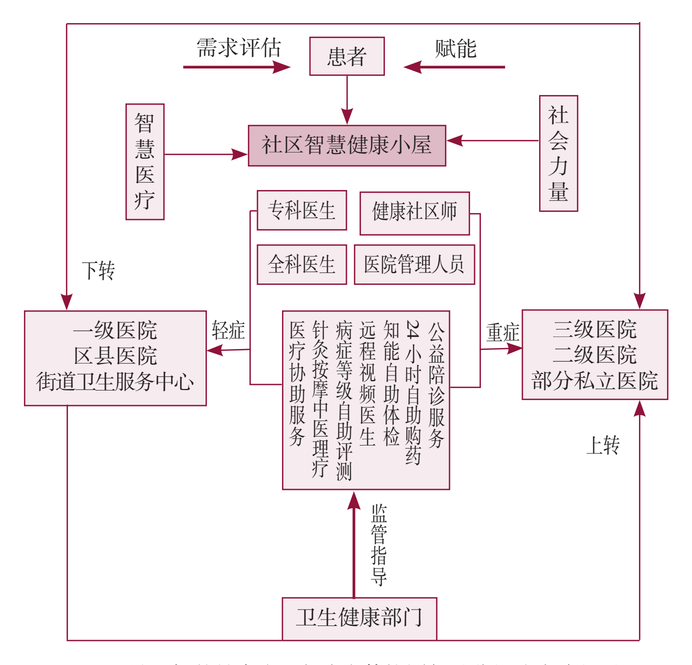


图 1 社区智慧健康小屋与多主体协同促进分级诊疗路径图

Figure 1 Path map of community health huts and health governance promoting hierarchical diagnosis



层医疗机构承接居民首诊的积极性，将社区卫生服务中心设置为全额拨款事业单位，绩效工资上不封顶，新增的基层首诊医疗收入全部由基层进行分配。第四，建立起健康社会工作的工作体系，包括工作理念、标准体系、规范流程和人力资源支撑。第五，提高健康社工师的专业能力，由卫生行政部门组织对健康社工师进行培训和考核。第六，激励社区居民到基层首诊，除了提高居民在社区首诊医保报销比例等优惠措施，更要通过智慧化的技术手段和专业化的人力资源促进医疗供需的精准对接，提高医疗服务的可及性和精准性，真正吸引患者进入基层的“引流器”。

4.2 路径创新

4.2.1 建设标准化的社区智慧健康小屋：创新政府与社会多元主体协同治理的供给机制，需要新的实现路径。要在基层设置有效的“前置引流”机制，就必须建设一大批能扎根到居民小区的社区智慧健康小屋。借助智慧医疗技术，进行远程联合门诊、多学科联合会诊、远程移动会诊、双向转诊等操作，为居民在社区首诊提供专业、规范、可行的措施，成为实现分级诊疗新机制的具象化载体[17-18]。随着智能医疗技术的成熟和普及，利用互联网加持可穿戴设备，通过小屋实现健康数据的高效传送，使专家与患者精准对接，达到对社区居民进行全生命周期健康治理的目标，打破传统医疗服务活动的时空限制，实现医疗服务提速升级，提高医疗资源的可及性和配置效率，使智慧健康小屋成为未来城市的新型健康公共设施[19-21]。在管理体制上，社区智慧健康小屋采取“条抓块统”的管理方式。其地理选址和财政投入由区级政府及其下辖街道来承担，智慧健康和医疗服务由卫生行政部门来统一指导。最后，街道和社区在整合辖区公益服务资源等方面给予积极支持，确保健康社工能横向链接资源。结合当前“一老一小”的重点服务领域，可以设置“照料/托育”社区功能性小屋，并纳入社区服务体系的总体框架。

4.2.2 推进医社协同与健康社会工作：专科医师与全科医师之间形成专业合作，社区全科医师与健康社工师之间形成团队协同，医院专科医师与健康社工师之间形成专业支持。这种新型的医社协同供给机制，可以先展开试点后总结推广。要实现医社协同，必须培养一支运行队伍作为人力支撑，这种新的人力资源非健康社工师莫属。健康社工师除了对平台进行运行管理，还要发挥资源链接者和赋能者的角色功能。健康社工师因其工作理念和工作方式的专业性，能在合作供给机制下坚持健康服务的“公益属性”，在各大利益主体的利益纠葛中始终秉持“价值中立”的特性，能起到有效防范公益缺失风险的作用。

5 结语

本文运用利益相关者理论分析了与分级诊疗相关的七大利益主体，最终建构了一条以“社区智慧健康小屋”为具象化载体，以健康社会工作为主要链接节点“自下而上”的分级诊疗新路径。借助于社区智慧健康小屋的新载体和健康社工师的新力量，建构以健康社会工作为中心的医社协同新路径，能实现就医入口的基层前置，对形成分级诊疗的就医秩序起到“增能导流”的作用。

致谢：本文撰写过程得到了西南财经大学社会发展研究院何龙韬副教授的指导，特此鸣谢；感谢宁波工程学院城市管理专业占云浩、王方盈、陈雪儿等同学的辅助工作。

作者贡献：吴玉霞、马洪波提出研究目标，研究构思与设计，研究实施，撰写论文，资料收集与整理，图表绘制与展示；吴玉霞对文章整体负责。米红负责文章质量控制和监督管理。

本文无利益冲突。

吴玉霞：https://orcid.org/0009-0001-0649-3980

马洪波：https://orcid.org/0009-0001-9716-8947

米红：https://orcid.org/0000-0002-3203-4059

参考文献

[1] 梁金刚，杨慧. 国际经验视角下我国城市分级诊疗体系成效研究[J]. 行政管理改革，2022（9）：88-95. DOI：10.14150/j.cnki.1674-7453.2022.09.007.

[2] 申曙光，张勃. 分级诊疗、基层首诊与基层医疗卫生机构建设[J]. 学海，2016（2）：48-57. DOI：10.16091/j.cnki.cn32-1308/c.2016.02.008.

[3] 牛雨婷，赵允伍，王晓松，等. 基于分级诊疗路径的慢性病防治体系建设探讨[J]. 卫生经济研究，2022，39（12）：8-12. DOI：10.14055/j.cnki.33-1056/f.2022.12.020.

[4] 付明卫. 疫情后推进分级诊疗面临的挑战和对策[J]. 齐鲁学刊，2022（6）：136-147. DOI：10.3969/j.issn.1001-022X.2022.06.013.

[5] 王禾，杨兴怡，方鹏骞. 分级诊疗中基层首诊的利益相关者分析[J]. 中国医院管理，2017，37（8）：6-9.

[6] 张淑娥，王燕萍，王鸿妮，等. 近10年国内分级诊疗学术叙事的焦点结构及趋势特征研究[J]. 中国全科医学，2022，25（10）：1246-1253. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.00.014.

[7] 杨立华，黄河. 健康治理：健康社会与健康中国建设的新范式[J]. 公共行政评论，2018，11（6）：9-29，209.

[8] 王清波，胡佳，代涛. 建立分级诊疗制度的动力与阻力分析——基于利益相关者理论[J]. 中国卫生政策研究，2016，9（4）：9-15. DOI：10.3969/j.issn.1674-2982.2016.04.002.

[9] SHEN，YANG，SUN. Analysis of the impact of China's hierarchical medical system and online appointment diagnosis system on the sustainable development of public health：a case study of Shanghai[J]. Sustainability，2019，11（23）：6564. DOI：10.3390/su11236564.

[10] 马洪波. “医务社工+家庭医生”：社区健康管理的新路径[J].

中国社会工作，2019（12）：19-25.
[11] 顾昕 . 治理嵌入性与创新政策的多样性：国家 - 市场 - 社会关系的再认识［J］. 公共行政评论，2017，10（6）：6-32，209. DOI：10.3969/j.issn.1674-2486.2017.06.002.
[12] 庞瑞芝，李帅娜 . 我国医疗资源配置结构性失衡与 "看病贵"——基于分级诊疗体系的视角［J］. 当代经济科学，2022，44（3）：97-110.
[13] 汤少梁，龚颖 . "互联网 +"医联体背景下分级诊疗的系统动力学分析［J］. 卫生经济研究，2020，37（9）：3-8. DOI：10.14055/j.cnki.33-1056/f.2020.09.001.
[14] 唐国宝，林民强，李卫华 . 分级诊疗"厦门模式"的探索与评价［J］. 中国全科医学，2016，19（22）：2624-2627. DOI：10.3969/j.issn.1007-9572.2016.22.002.
[15] 冯伟，张建桃，朱春芳，等 . "健康小屋"在社区卫生服务中心慢性病管理中的功能及意义［J］. 社区医学杂志，2013，11（14）：64-65.
[16] 韩雷，邹媛，渠林楠，等 . 基于 "健康小屋" 的 "互联网 +" 健康管理信息平台的设计与实施路径［J］. 新疆医学，2020，50（7）：652-655.
[17] 宋道平，陈利云 . 社区健康小屋的功能与资源配置需求研究［J］. 中国全科医学，2016，19（7）：762-765. DOI：10.3969/j.issn.1007-9572.2016.07.005.
[18] 张胜明，吴会东，王盛飞，等 . 三甲医院基于健康小屋的社区慢性病健康管理创新模式探索［J］. 中国社区医师，2018，34（14）：8-10.
[19] 杨松旺，张安，何国忠 . 基于健康城市理念的上海智慧健康小屋构建研究［J］. 卫生职业教育，2022，40（2）：155-159.
[20] 陈建涛 . 面向用户健康服务的大数据平台设计及其分析处理关键技术［D］. 南京：南京邮电大学，2016.
[21] 陈志炜，张纪阳，顾建英 . 互联网医疗内涵及其对医疗服务流程的重塑［J］. 中国医院管理，2021，41（2）：70-73.

（收稿日期：2023-03-31；修回日期：2023-10-27）
（本文编辑：王世越）